

**「循環型介護保障」を通した地域づくりへの提言：
過疎・中山間地域における介護実態から（<特集>地
域における公共政策の諸課題）**

著者名(日)	斉藤 和彦
雑誌名	社会科学研究
巻	28
ページ	69-100
発行年	2008-02-15
URL	http://id.nii.ac.jp/1188/00000218/

「循環型介護保障」を通した地域づくりへの提言

—過疎・中山間地域における介護実態から—

斉 藤 和 彦

はじめに：問題意識と課題

「循環型介護保障」の原点

「循環型介護保障」という言葉は造語である。一般的言葉でもないし、普遍化された概念でもない。「循環型社会」または「循環型経済社会」という用語を規定している法律^(注1)や報告書等^(注2)から学び、「介護」という世界に応用を試みたものである。

循環型社会は、「大量生産・大量消費・大量廃棄」型の経済社会から脱却した社会をめざしている。人間社会が続く以上、「生産・消費・廃棄」は止められないが、生産・消費・廃棄の全過程を通じて、環境への負荷をできる限り低減することをめざしている社会である。ここで注目すべき点はその実施単位についてである。循環型社会を実現するためには、その循環する範囲は小規模単位ごとに完結することが望ましい。循環する物質と経済の規模は小規模な地域単位を基本とすることで、「適性生産、必要消費、少量廃棄」という循環をつくりやすくするはずである。この必要性を鈴木嘉彦氏は以下のように述べている。

「循環型社会を実現するためには、なるべく地域でクローズした形でものをまわさなければいけない。持続可能な社会では、大きな市場でたくさんものを移動させる仕組みから、地域内でものがまわる仕組みへ

の転換が必要になってくる。」と地域内で、クローズした形の循環が必要であることを強調している。この「地域内でクローズした形」に、循環型社会を創るうえでの示唆と展望を与えている。鈴木氏は、「循環型社会とは物質の循環と経済の循環が同時に成り立つ社会^(注4)」であり、「大量生産や大量消費ができなくても、人々が生きていることに喜びを感じることができ、若者は希望を抱き、年老いても安心して生活できる社会が、持続可能な循環型社会としての基本的な社会構造である^(注5)」と述べている。

「地域内でクローズした形」という、その適正な規模について鈴木氏は、山梨県の規模を上げている。山梨県は「持続可能な社会」を実現する候補地として、ふさわしい地域であることを科学的に明らかにしたうえで、山梨県を「地球のミニモデル」としていることである。自然条件や社会条件などの好条件を有する山梨県で「持続可能な循環型社会を実現できないようならば、世界上のどこでも持続可能社会はできない^(注6)」と主張されている。この主張は山梨県民にとって、地球的規模で自分たちの存在意義を確認させると同時に、未来に向けて為すべきことを展望させ、勇気を鼓舞させるものである。

本論は、この山梨県において持続可能な社会を創るために、「介護」という分野において、「年老いても安心して生活できる社会」を構想したものである。それが「循環型介護保障」の原点である。

「循環型介護保障」の定義

山梨県は過疎・中山間地域がたいへん多い地域である。合併前の64市町村のときは46市町村が中山間地域であった。また過疎地域の指定は、市町村合併後の2006年8月1日現在で15市町村が指定を受けている。県人口88万人余りの56%が「過疎・中山間地域」に属している^(注7)。

過疎・中山間地域が抱える問題は、仕事や雇用の方が少ないことなどによって、若者の流失と人口の減少が進行し、それにとまって高齢化

の進行、福祉サービスの後退、経済的負担の増大等、地域の消滅的危機を抱えていることにある。このような地域で「年老いても安心して生活できる社会」をどう構築できるかが、本論の問題意識である。

高齢化の進行は高齢者単身世帯または高齢者夫婦世帯の増大を意味する。そこで切実な問題は「介護問題」である。介護を必要とする状態になれば「老々介護」や介護者不在世帯も発生する。住み慣れた自宅を離れざるを得ない事態は「安心して年老いる」ことを意味しない。そればかりか、その地域内に介護施設等が立地していなければ、地域内にいることさえも難しくなる。介護施設は、国の基準に基づいて県内の医療圏域ごとにベッド数の制限を設けられているため点在し、また偏在しているからである。^(注8)

持続する循環型社会においてはこの問題も打開される必要がある。「年老いても安心して生活できる社会」は、過疎・中山間地域においても可能であることを証明することが本論の目的である。またその具体的条件が「地域づくり」と「人づくり」の可能性を拡げることが展望したい。

「地域内でクローズした形」で循環させる「ヒト」と「サービス」と「費用」を介護という分野で行うことが、地域福祉の形成と推進になり、循環型社会を支える一つの社会構造になると考える。この社会構造システムを「循環型介護保障」と定義する。^(注9)そしてその政策的特徴は「介護保障を地域内で完結させる」ことにある。

本論文の課題

ヒトとサービスと費用の循環する「循環型介護保障」を検討する具体的事例として、高齢化率30%前後の過疎・中山間地域である市川大門町・三珠町・六郷町（3町は2005年10月に「市川三郷町」として合併。本論では特に断りが無い限り旧町名をそのまま使用する。）を中心に取り上げる。この地域での介護保障を検討することは、県内の同様地域のモデルになると

考える。

過疎・中山間地域であっても、その生活は持続可能であり、生きていることに歓びと希望を深くすることができる。その介護分野でのあり方を「循環型介護保障」と呼称し、クローズした過疎・中山間地域において機能するシステムになり得ることを証明することが本論の目的であるが、それは同時に、その地域ごとの介護観や福祉観、また医療のあり方も規定してくる問題である。

その介護観や福祉観、また医療観は地域の特性を持ちつつも、普遍化されてきた歴史であり、地域ごとで規定される内容ではない。しかし、そのシステムや運用のあり方は、地域ごとの特性があり得る。その特性を地域住民の創意として確認する作業が「循環型介護保障」の思想的側面として重要になる。またその確認作業が、自治体の仕事として政策上の課題となる。

本論文では、循環型介護保障の具体的政策課題を例示した。

特にヘルパーの養成が過疎・中山間地域においては重要であることを示し、在宅を継続できる条件として、施設基準（3：1）並みの数を地域にて養成することを具体的に提起した。また関連する在宅領域のサービスの現状を分析し政策上の力点を例示した。その具体化が地域内で完結する介護保障になり得ることを提起した。

「循環型介護保障」では、高齢者の年金や貯蓄等を介護保障や医療保障とリンケージできる手立てやシステムを重視している。岡田知弘氏は「地域内再投資力をいかに^(注10)つくりだすかが、地域経済の持続的発展を実現する上では決定的に重要である」と主張している。岡田氏は特に基礎自治体の役割を重視し、「地域社会総体の形成主体^(注11)」との位置づけと同時に「地域の個性をも再生産^(注12)している」とし、過疎地や小規模自治体ほどその役割は大きいことを指摘している。本論では介護財源の配分方法を中心に政策提起をした。基礎自治体として、介護保険の実施主体として、その気になれば具体化できる課題として明示したつもりである。

1. 在宅介護を保障するマンパワーの構築

(1) 訪問介護への介護給付額から見た介護労働者の推計と役割

2004年（H16年）度の訪問介護（職種としてはホームヘルパー・介護福祉士）への介護給付費は以下の通りである。^(注13)ヘルパーは在宅福祉の要であるが、その人数や労働実態は必ずしも明確になっているわけではない。市川三郷町の要介護者にどのくらいの数のヘルパーが関わっているのか、またその労働実態や要介護者との関係、役割などを考察する。

表1 H16年度訪問介護給付費（円）下段は利用延人数

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
三珠	238,090 5	4,772,380 120	3,184,860 44	2,467,550 34	4,772,450 58	7,499,020 66	22,934,350 327
市川	826,570 36	15,872,250 403	11,392,980 273	12,938,610 209	7,902,480 100	14,307,610 168	63,240,500 1,189
六郷	183,260 14	2,860,380 95	4,946,340 111	7,359,150 111	2,632,440 42	264,400 13	18,245,970 386
市川三郷	1,247,920 55	23,505,010 618	19,524,180 428	22,765,310 354	15,307,370 200	22,071,030 247	104,420,820 1,902

延1,902人に対して、104,420,820円の訪問介護給付費となっている。

この総費用から市川三郷町の要介護者へ関わっているヘルパー人数の推計が可能である。（※資料として、ヘルパーの地域ごとの人数を示したものはない。山梨県全体では、県が試算した数値として、ヘルパー573人、介護福祉士3,963人、合わせて4,536人という数字がある。ただしこれは介護施設で働く職員も入れた数字である。介護福祉士の半数に相当する2,000人が介護施設に勤務している。他に通所介護施設や短期入所施設などの勤務者となっている。ヘルパーとしては209人^(注14)過ぎない。）

ホームヘルパーの多くは登録ヘルパーで、非常勤職員である。ヘルパーの件費は年収で見れば200万円未満が大半である。300万円を超え

る方は正規の常勤職員である。その割合は2～3割弱である。パート職員の平均賃金は月額で7万円前後である。正職員を入れた平均月額は125,000円である。年額にすると150万円である。この金額で、訪問介護給付総費用を除する $(104,420,820 \div 1,500,000 \div 70)$ と70人のヘルパー数となる。年収200万円平均とした場合、52人のヘルパー数となる。

上記の算出数字は、実際に関わっているヘルパー人数に近いと思われる。つまり50人から60人前後のヘルパー数だと思われる。それは登録ヘルパーやパートヘルパーの月収は8～10万円であり、年収でも100万円前後が大半である。正職員は300万円ぐらいの年収である。事業所の収益(報酬単価の2割前後)は訪問介護総費用1億円余りのうち2,000万円ぐらいを占めるものと思える。残りの8,000万円を、正職員(比率は2割程度)^(注15)と臨時形態のヘルパーで分配する形だと推察すれば、ヘルパー数は50人～60人前後だと計算できる。60人前後のヘルパーが在宅生活を支えているわけであるが、在宅にいる要介護者(約400人)すべてが訪問介護を利用しているわけではない。

60人前後のホームヘルパー数はどの程度のことか検討する。

秋田県鷹巣町は1994年に24時間の介護サービスを実施している。当時の人口2万3,000人、高齢化率20%の町であった。常勤ヘルパー21人、パートヘルパー20人、合計41人で24時間の対応を可能とした。ヘルパーの対応世帯数192世帯であった。ヘルパー数は当時全国のトップクラスだった。^(注16)24時間対応の具体例を紹介する。

「午後7時夕食作り、おかゆと刻み食。7時40分ベッドに起こし介助にて30分かけて夕食摂取。8時投薬。食事の後始末後、午後9時就寝準備。全身を蒸しタオルで清拭後、クスリの塗布、吸痰、排せつの介助。午後11時30分ベッドの脇で仮眠。午前1時50分体位交換、以後3時30分まで吸痰と体位交換を4回実施。午前6時体位交換」「午前11時掃除。12時清拭後昼食介助。洗濯、排便。午後1時退出」

以上が寝たきりの69歳の女性に援助していた内容である。こうした援

助が在宅にて2ヶ月間続いた。費用は基本的に無料だった。措置制度だったので世帯に収入がないと個人負担は発生しない。12年前にこのような援助が可能だった。

介護保険が始まってからはこのような援助は不可能である。要介護5の方の利用できる金額は月358,300円である。この金額内に収まるサービスを使えば本人は1割負担で済む。具体的には35万円分のサービスを使ったら3万5千円の自己負担である。身体介護として請求できる金額は60分以上30分増すごとに83単位を加算することになっているので、例えば5時間の身体介護を行えば、 $584 \text{ 単位 (60分)} + 83 \times 8 \text{ 単位 (=664 単位)} = 1,248 \text{ 単位} \times 10 \text{ 円} = 12,480 \text{ 円}$ の請求になる。10時間の身体介護を行えば24,960円の請求になる。1日10時間の身体介護だったとしたら、 $358,300 \text{ 円} \div 24,960 \text{ 円} \approx 14 \text{ 日間}$ となり、2週間で1ヵ月分を使い切ってしまう。それ以後の分は全額自費である。介護保険で24時間対応するためには、時間を分断した細切れの介護で対応するしかない。

しかし重要なことは、訪問介護の利用者は、入院診療費の軽減と運動(注17)していることである。訪問介護は保健指導にも準じ、食事の管理、健康状態の観察、精神的賦活など、家事援助を通して、あるいは身体介護を通して利用者の生活を丸ごと把握する作業にならざるを得ない。援助時間を区切られ、援助内容を制限させられるなどの介護保険上の制約はあるものの、生活と切り離れた援助は組み立てられないからである。それは利用者のADL（日常生活動作）低下の要因やQOL（生活の質）の不足する生活構造への関わりという性格を踏まえる。しかもその作業は必ず協働行為である。一方的に与えるという性格では決してない。そのため、ヘルパーと利用者との協働行為は共感的応答関係になり、内発的意欲の向上や人間的発達に必要な横の拡がり、つまり社会的拡がりを通した自己存在の承認と役割を目的意識化していくことになる。そのことが生活全体の活性化に繋がり、健康の回復（心の健康含む）やその維持という成果を生むため、医療費の軽減に繋がるものと解釈できる。

この一連の流れは施設介護にもいえることだが、在宅という長年培ってきた生活の場は、人生の凝縮がそこにあり、その空間における主体にほかならないので、自分の存在を主張できる最適の場である。過疎・中山間地域における在宅の意味はまさにそこにある。慢性疾患などで入院していた高齢者が自宅に帰ってからのほうがはるかに元気になったということはよく体験するところである。その意味では医療的にも、高齢者にとって自宅は最大の回復の場でもある。

ヘルパーをどの程度の人数として養成するか、ヘルパー数は上述したように決められた時間で対応する限り60人では60件しか対応できない。100人いれば100件の対応ができる。300件に対応するには300人のヘルパーが必要である。そのような養成数の捉え方が介護保障の理念に通じる。そしてその理念は「介護保障は地域内で完結する」ということである。

(2) 地域内で完結する介護保障の視点

介護保障を地域内で完結する観点は、一つは「終の棲家」をどこに求めるかという視点を押さえてはならない。ターミナルケアまたは終末期をどこでどのように迎えるのかを準備する必要がある。その準備をし易くすること、あるいは保障することが政策課題である。

「介護を受けたい場所」について前期高齢者（65歳～74歳）の希望は、男性の場合60.5%が自宅を希望している。女性の場合42.1%である。介護施設の希望は前期高齢者男性の場合25.0%、女性の場合41.2%となっている。^(注18)

この性差による違いは、女性の場合、実体験に基づいた判断が影響しているものと推測できる。実父母、または義父母の介護体験を少なからずしている年代であり、また自分の母親がその義父母や実父母の介護をしていた様子を良く知っている年代である。その直接・間接体験が女性の場合、自分自身が要介護状態になったときの生活の場所を思案すると

きに、自宅を希望しつつも、単純に言い切れない心情を反映した数字だ
と思える。^(注19)それは次のアンケート結果にも反映されている。^(注20)

＜自分自身が要介護状態になった場合に困ること＞

- | | |
|-----------------------|-------|
| ①家族に肉体的・精神的負担をかけること | 68.1% |
| ②介護に要する経済的負担が大きいこと | 53.6% |
| ③収入がなくなること | 27.9% |
| ④人生の楽しみを感じられなくなること | 27.6% |
| ⑤介護用の部屋がない。入浴ができない。 | 23.3% |
| ⑥介護をしてくれる家族がいない。 | 23.1% |
| ⑦住み慣れた自宅で生活できなくなる。 | 21.8% |
| ⑧介護サービスの情報が少ないこと。 | 16.7% |
| ⑨緊急の場合に対応できる病院や診療がない。 | 12.8% |
| ⑩その他、困らない。分からない。 | 5.9% |

ここからもわかるように家族への負担を一番心配する内容である。自宅介護を選択した場合、それはそのまま家族への負担という形になることを女性は特に意識したものと思える。経済的負担もそれに連動していると考えられる。

一方、家族に介護が必要になった場合に困る点は以下である。^(注21)

- | | |
|--------------------|-------|
| ①介護行為や睡眠不足などの肉体的負担 | 62.5% |
| ②ストレスなどの精神的負担 | 57.9% |
| ③行動の自由の制限 | 52.5% |
| ④介護に要する経済的負担 | 50.3% |
| ⑤仕事ができない。 | 30.0% |
| ⑥介護の知識不足 | 27.5% |
| ⑦住宅の構造問題 | 25.5% |
| ⑧介護サービス情報の不足 | 18.0% |
| ⑨自宅で生活ができなくなること。 | 14.9% |
| ⑩緊急時の医療機関がないこと。 | 13.3% |

家族の中に要介護状態の方が発生した場合、家族にとってはたいへんな介護負担になることを示している。ただし、この介護負担は自宅で介

護することを前提にしていることを読み取る。自分が介護を受けるときの生活場所は体験上から慎重であるが、家族に要介護者が出た場合は生活を共有している場所、つまり自宅を想定し、その介護困難・負担をイメージしている。

まずは在宅介護を基本にして考えること、そこから「終の棲家」へと発展する。しかしその過程で困難や負担を担い切れなくなる心配であり、その不安が先述の数字に表れていると解釈できる。

過疎・中山間地域ではもっと自宅介護の希望が明確である。市川三郷町の高齢者へのアンケートでは、「家族などを中心に自宅で介護して欲しい」12.9%、「介護保険サービスや保健福祉サービスなどを活用しながら自宅で介護して欲しい」51.9%、自宅介護を望む声が合わせて65%になる。過疎・中山間地域に住む高齢者の生涯は、自宅で生まれ育ち、自宅のある地域、またはその周辺で仕事をし、家庭を創り、退職後は農作業を中心に地域に貢献する生活を過ごし、終末期まで自宅にこだわり続け、その生涯を終える。その終末期のあり方を介護保障の中に組み込む必要がある。

現状は、死亡する場所は圧倒的に病院である。病院が8割を占め、在宅は2割弱である。^(注23)この傾向は過疎・中山間地域においても同じである。むしろ医療機関が地域内に少ないことにより在宅死が困難になるため、病院での死亡率はより高くなる傾向がある。^(注24)高齢者は最後まで自宅にこだわっているものの、最末期は病院になる。この矛盾への対策を住民との協働作業で乗り越える文化づくりが必要である。

二つ目には高齢期の自立の追求（健康寿命との関係）である。

山梨県は全国でもトップレベルの健康寿命を維持している。^(注25)その要因をいくつかの項目にわたって分析しているが、明らかに健康寿命に関係した要因としては、①社会的ネットワークとして「無尽」や近所づきあい、旅行仲間、友人などのコミュニケーションをいとわないことをあげている。また②65歳を過ぎても就労していることが健康寿命に関係して

いることも指摘している。③食べ物としては「ほうとう」をあげ、スローフードの重要性を指摘している。④「健康的な生活習慣と生きがい」が重要だとしている。

以上の項目に加え経済的要因や自然環境的要因、医療・保健整備状況など多岐にわたった分析をしているが、健康寿命に関係した要因としては先の4つが指摘されている。この分析から学び、健康寿命と自立を地域で造るための政策を創造することが必要である。

寝たきりになる要因分析として下記疾病を指摘している。

- ①脳血管疾患 30.4% ②認知症 12.7% ③事故・骨折 10.0%
④変形性関節症 6.4% ⑤老衰 4.6% ⑥心臓疾患 3.8%

上位3疾患については、過去3年間同じである。(平成16・17・18年の3
(注26)年間)したがってこの3疾患にどのような対策をとるかは要介護状態になる率を減らす意味で重要である。八木伸一氏は脳卒中のうち特に脳梗塞への予防を強調している。^(注27)「脳梗塞の増加は、食事の欧米化によって糖尿病や高脂血症が増えたこと、高齢化が進み動脈硬化や不整脈などの心血管系の疾病が増えたこと」によって、特に後期高齢者に増大していることを指摘している。これは、すでに述べたように要介護状態になるのは、後期高齢者が圧倒的である(要介護者の9割)ことを考えると、非常に大事な指摘である。

健康寿命を保つための条件をまとめていえば、①社会的コミュニケーションの形成と維持、②高齢期の就労条件の拡大・就労環境の拡充、③スローフードの推進＝地産地消のシステムの構築、④健康的な生活習慣を文化として定着させる。(保健活動の推進)⑤脳梗塞の予防、骨折等を防ぐ環境の整備(バリアフリーの推進)等である。これを政策課題に掲げる必要がある。

三つ目には介護文化涵養への取り組みである。

要介護状態になっても社会と切り離さないことである。残存能力の開発とその活用・維持を図るシステムである。地域リハビリテーションと

要介護者同士の新しいつながりの構築である。それまでの生活の継続を目指しつつ、要介護状態になっても疎外されず、地域社会にとって大事な一員としての介護文化を創造することである。

しかし、過疎・中山間地域においてその理念を具体化することは容易でない。介護サービスの対象にならずとも、山間地に住む移動手段を持たない高齢者は、農業に従事できなければ、自宅または自宅周辺より外へ出ることはない。

介護は人間関係の中で醸成される。日常的関係が大事であるが、なにを日常性にするかは、個別性の援助内容と生活状態に関わるため、専門職にとっての課題になる。また日常性をつくるには身近な存在であることが欠かせない。過疎・中山間地域において、目に見える形で日常性をつくるには、その生活圏の設定が重要である。一番ヶ瀬康子氏は高齢者が歩いて行ける範囲を「地域」(＝生活圏)として紹介している。それは500メートル四方を指している^(注28)。この500メートルを基準に考えると、地区公民館はおおむねその範囲にある。山間地にも公民館はあるし、日常的寄合いの場所になっている。この地区公民館を活用することで日常的に介護保障を創れる可能性はある。地区公民館にヘルパーの滞在(可能であれば常駐化)と配食用の食事を中継する役割を持たせることで、住民に見える形になる。

四つ目には地域内雇用を通したおカネの循環である。

訪問介護事業には上述したように1億円以上の費用が給付されている。延利用者数は1,900人に対してヘルパー人数は50人前後である。平成16年度の訪問看護(VNS)費用は21,903,697円の給付額である。通所介護費用は244,397,345円の給付費である。訪問入浴は8,846,000円の給付費である。住宅改修や介護用品、短期入所などの在宅サービス給付費は99,986,980円である。平成16年度の在宅サービス給付費の総計は479,554,842円である。

これらの費用は、地域内にも落ちているが、地域外へも行っている。

これらの費用を地域内にすべて投入する仕組みを構築することが重要である。地域内でホームヘルパーを中心に人材の育成と雇用を図り、その地域内の人材と事業所に介護費用が配分され、循環するシステムの構想である。約5億円のお金が地域内に投資されれば、その雇用効果、また税収という形での還元も多大な影響力を持つはずである。しかも毎年投資されるお金である。

いずれにしてもこれらは介護保険の実施主体である基礎自治体の姿勢如何である。住民と協働し介護問題・課題に正面から取り組む立場に立つかどうかにかかっている。

五つ目は関連産業の育成である。

配食サービスを365日化した場合、その材料や調理する事業所、配達する人などの直接・間接に必要な事業所と人材を用意しなくてはならない。食材は地産地消の考え方を取り入れ、地元の農家や商店からの購入、また地元の飲食店などに調理・加工を依頼しつつ、病院や施設との連携で、治療食や栄養食までできるシステムを構築することが可能である。その配達と安否確認などはボランティアや元気な高齢者等々に依頼することも可能である。財源は介護保険でも認められている市町村特別給付を検討できる。後述するように保険料を特別に引き上げなくても検討は可能である。

また住宅改修費用を増大し、その住宅改修を町内の大工さんや建具屋さんを中心に行う仕組みを構築すれば、その分野の活性化にも繋がる。財源は配食と同じく市町村特別給を検討できる。また介護スタッフの養成と研修、それらの研究を地元の中学校・高校や専門機関と連携することによって、若者も介護文化に大いに触れることになる。その意味では人の循環を創る可能性を拡げる。若者、現役世代、高齢者、要介護者という世代間の交流を通して、循環しつつ持続する地域づくりに発展し、地域文化の継承と循環となる可能性に繋がる。新しい文化の創造への展望にもなる。

2. 在宅介護を支える他の介護サービスとの連携

(1) 通所介護（デイサービス）の役割

通所介護は、入浴を中心に、食事の提供、レクリエーションなどの集团的活動、趣味的活動など多彩な取組みをしている。送迎もセットになっているので、家から外に出るということにまず意義がある。デイサービス職員の入浴介助を通して、そのコミュニケーションや入浴そのものの楽しみ、清潔の保持、仲間・友人との語らい等、その機能は重要である。

しかし、利用者の主体的活動にならなかったり、お仕着せになったり、マンネリズムに陥りやすいのも特徴である。介護保険での人員基準は、利用者15人に対して生活相談員1名、看護師1名、介護1名、機能訓練指導員1名、管理者1名である。常勤としては2名いればよい。この人員基準ではマンネリ化せざるを得ない。

以下、通所介護費用額の介護度別の内訳から課題を明示する。(※平成16年度山梨県介護保険事業計画より抜粋)

平成16年度は3町合わせた延3,106人に対して、2億4,400万円以上の通所介護費用である。在宅給付費全体の金額が4億8,000万であるか

表2 平成16年度通所介護費用額（上段：円 下段：延人数）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
三珠	824,150 21	8,342,240 162	8,507,880 118	15,787,520 93	5,823,640 49	2,806,820 38	42,092,250 481
市川	1,231,560 38	23,989,030 413	34,991,910 531	45,388,980 417	23,742,860 249	20,741,290 215	150,085,630 1,863
六郷	2,220,090 75	11,104,880 221	12,705,345 177	18,306,100 182	5,709,370 70	2,173,680 37	52,219,465 762
市川三郷	4,275,800 134	43,436,150 796	56,205,135 826	79,482,600 692	35,275,870 368	25,721,790 290	244,397,345 3,106

ら、デイサービス事業はその半分を占める。在宅介護を支える部門として非常に重要な役割を果たしていることが理解できる。町内に事業所は5ヶ所ある。三郷町周辺には7～8ヶ所あり、サービス事業所間の利用者獲得競争になっている。

利用者の内訳をみれば、要介護1・2・3が75%を占める。つまりデイサービスの役割は2重の意味を持つ。介護度の軽い人のADLの維持を図ることと、介護度の高い人の生活リズムを作ることにある。

利用者のADL維持と生活リズムの調整という課題を両立させる実践に必要なスタッフは、現行の人員基準通りではできない。サービス事業者間の交流や研修会を通して、ボランティアを含め、利用者と地域住民、自治体を巻き込みながら、その改善を志向していかななくてはならない。その意味するところは一事業所だけでも先の課題を両立させる努力は必要だが、人員基準、労働条件等を勘案すれば、役割分担を行うことも検討していかななくてはならない。A事業はADLの維持・改善の機能を主に担う、B事業所は生活リズムの調整機能を主に担う、そのような役割、機能分担を事業所間で検討していくことと、その成果を事業者間で共有していくことが地域に責任を負うことであり、介護給付費の適切な管理にもつながる。

（2）訪問看護の役割－「在宅死」支援機能

訪問看護ステーションを中心にそのサービスは提供されている。訪問看護は医師の指示の基に必要な看護を提供するので、医師との連携のしやすい立場にある。24時間の訪問機能を担い、在宅での健康管理や医療的変化（バイタルサインなど）を観察している。在宅における各種の医療的ケア、末期ガンなどへのケア、リハビリ機能、保清など多機能を持った役割を果たす。特に重要なのは、在宅での看取り支援とその後の処置まで、本人と家族を支えきってくれることにある。

問題は在宅診療をできる医師が少なすぎることにある。訪問診療は制

度としてあるものの、時間や手間の割に診療報酬は低い。診療報酬は国策であるので、自治体レベルでは対応できない。せめて病院等にいる勤務医も訪問診療に積極的になるよう、医療機関や医師会に働きかけるぐらいしかできない。

高齢者の「在宅死」は地域医療の完結した姿である。そこに責任を負う医療機関のあり方を含めて、訪問看護、訪問介護、介護施設などの連携を進めることは基礎自治体の役割である。

以下、訪問看護への介護給付費状況を確認する。（※平成16年度山梨県介護保険事業計画より抜粋）

表3 平成16年度訪問看護給付費用額（上段：円 下段：延人数）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
三珠	0 11	521,280 11	200,900 6	427,520 6	342,810 4	80,710 6	1,573,220 33
市川	228,840 12	3,737,400 78	2,217,770 74	1,652,540 51	2,530,060 35	8,787,327 148	19,153,937 398
六郷	0 0	0 0	0 0	154,970 5	227,620 8	793,950 21	1,176,540 34
市川三郷	228,840 12	4,258,680 99	2,418,670 80	2,235,030 62	3,100,490 47	9,661,987 175	21,903,697 465

要介護5の方への訪問看護が多くなるのは、医療的ケアを要する割合が高くなるためだと推察される。要介護1の方への訪問看護は、認知症ケアが中心になっていると推測される。上記表と下記表4から要介護5の訪問看護利用率は非常に少ないと言える。費用的問題もだが、サービス基盤の少なさだと指摘できる。訪問看護の介護報酬費は下記の通りである。

◇20分未満2,850円◇30分未満4,250円

◇30分以上1時間未満8,300円◇1時間以上1時間半まで11,980円

（※死亡前24時間以内にケアをした場合、12,000円のターミナル加算を認めている。）

表 4 市川三郷町介護保険事業計画 H18年度～20年度より抜粋（実績人数）

		H12	H13	H14	H15	H16	H17
施 設	要介護 4	41	42	39	54	58	57
	要介護 5	47	62	86	86	100	71
在 宅	要介護 4	22	20	32	42	54	54
	要介護 5	18	32	41	37	41	41

表 4 から、要介護 5 の施設と在宅比率は、ほぼ 2 : 1 の割合で推移している。（平成16年度は $100 : 41 \div 2.5 : 1$ ）要介護 5 の方は介護量も多いし、医療的ケアも多くなるので、在宅介護の困難さは増す。その困難を共有できるのが、訪問看護であり、訪問介護である。その充実は、この割合を縮小する。要介護 5 の重度の方であっても、自宅に住み続けられる具体的な保障である。

要介護 4 は、ほぼ 1 : 1 割合に近くなる。要介護 5 の在宅比率を上げるには、当面訪問看護の充実を図ればよい。

（3）住宅改修

今後利用したい介護保険サービスについて、アンケート結果（市川三郷町介護保険事業計画 H18年度～20年度版，H18年 3 月）では、福祉用具貸与（25.9%），短期入所（20.6%），住宅改修（20.0%）の順になっている。

住宅改修の保障費用は20万円である。上限が20万円なので、それ未満なら何回でも改修できるが、改修できる項目は制限されている。

平成16年度 1 年間で住宅改修した家はわずか46軒である。しかもそれは延軒数であるから、実数はさらに少ない可能性がある。在宅で自立度を高めることを目的とした改修であるから、介護度の低い方が主に利用する傾向になる。表 5 の数字もそのことを証明している。

住宅改修は手すり設置，洋式トイレへの改修，段差解消などを対象にしている。改修項目の制限や給付額の低さ（20万円だが 1 割自己負担がある

表5 平成16年度住宅改修給付費用額（上段：円 下段：延件数）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
三	0	295,970	200,000	281,506	0	0	777,476
珠	0	3	1	2	0	0	6
市	86,257	1,561,528	1,397,210	284,735	596,224	0	3,925,954
川	2	12	9	2	5	0	30
六	96,349	819,950	233,621	87,150	97,054	0	1,334,124
郷	1	5	2	1	1	0	10
市	182,606	2,677,448	1,830,831	653,391	693,278	0	6,037,554
川	3	20	12	5	6	0	46
三郷							

（※平成16年度山梨県介護保険事業計画より抜粋）

ので給付額は18万円）のため大きな改修は望めない。要介護者にとっての専用居室の意味は、残存能力の維持を図り、移動のしやすい工夫ができ（手すりや段差の解消など）排泄の心配を少なくし（トイレの近さ、ポータブルトイレの設置）電気製品や証明器具類を使いやすいものにし、出入り口の工夫や寒さ・暑さの対策等々、生活しやすさと自分自身の空間という意味も含める。

その居住空間・専用居室を保障することが本来の介護保障である。介護施設もその目的で個室化してきた。快適性の追求と同時にそれがプライバシーの保護になり、人権保障でもあった。ただし施設の場合はその分コストをとるので、経済的裏づけがないと個室利用はできない。

在宅福祉・介護を進めるには、住宅は必須である。それを使いやすい空間に改修する作業は欠かせない。その保障が20万円でよいのか、町独自の上のセサービス、横だしサービスなどの政策を検討する必要がある。財源は住宅改修によって介護施設入所者を1人減らすことができれば、年間約400万円の介護財源を生み出すことができる。

3. 介護施設の役割の特化を検討

(1) 現状

市川三郷町内には介護施設が4ヶ所ある。介護老人福祉施設（＝特別養護老人ホーム）2ヶ所（ベッド数の合計110床）、介護老人保健施設2ヶ所（ベッド数の合計170床）である。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は要介護者の入所施設であり、長期にわたる入院等にならない限り、生涯を過ごす生活施設である。介護老人保健施設は在宅への復帰を支援する施設である。病状の安定期にあるものの要介護状態にあり、家庭の事情等で自宅に帰れない方を入所対象とし、医療的ケアと生活サービスを提供し、在宅復帰を目指す施設である。

介護老人保健施設は概ね6ヶ月を入所期間の目安にしている。しかし、在宅に帰る人の割合は高くない。そのため6ヶ月を超える長期入所に結果としてなっている方が多い。ベッドは絶えず9割前後の入所率である。

介護施設整備目標は国から定められている。65歳以上人口の3.2%～3.4%のベッド数とされている。市川三郷町でいえば65歳以上人口は

表6 平成16年度介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）給付費
合計の下段は介護福祉施設受給者数の累計

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
三 珠	3,108,480	7,486,040	2,964,700	6,835,430	36,641,470	57,036,120 177人
市 川	4,446,570	7,701,180	17,133,620	44,007,300	106,245,540	179,534,210 553人
六 郷	793,000	11,725,360	15,867,270	30,683,370	32,467,260	91,536,260 273人
市 川 三 郷	8,348,050	26,912,580	35,965,590	81,526,100	175,354,270	328,106,590 1,003人

(注30)
表 7 平成16年度介護老人保健施設給付費
合計の下段は介護保健施設受給者数の累計

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計
三 珠	22,682,250	24,494,380	28,993,290	26,590,030	50,893,880	153,654,830 456人
市 川	16,521,840	25,327,530	58,140,780	97,494,630	94,013,650	291,498,430 899人
六 郷	10,427,140	14,397,210	14,129,360	12,861,320	21,402,290	73,217,320 224人
市 川 三 郷	49,631,230	64,219,120	101,263,430	136,945,980	166,309,820	518,370,580 1,579人

5,300人余（平成17年度）であるから、170床ぐらいの介護施設があればよいことになる。現状は280床のベッドであるから、施設整備目標は大幅に超えている。

平成16年度の介護施設の給付状況は以下の通りである。

両施設の合計は、延人数2,582人、給付費は846,477,170円である。これ以外に介護療養型医療施設の給付額115,450,419円があり、延人数は230人となる。

二つの施設では1人の入所利用者に1ヶ月32万8,000円相当の費用を給付したことになる。療養型の医療施設では、1人につき506,000円／月となる。施設の中では1ヶ月あたりの給付額としては一番多くなる。それは医療依存度の高い方が入所する施設であるため、医師・看護師の数が他の2施設より充実しているためである。つまり医療的処置がそれなりにできる施設である。

介護施設の実利用人数は1ヶ月当たり約220人である。在宅サービスの利用者は1ヶ月当たり平均420人（H16年度）であった。在宅サービス利用の一人当たりの給付額は1ヶ月当たり約12万円であった。

（２）介護施設を特化していく意義

在宅での生活が困難になった要介護者を受け入れる施設の役割は重要である。

施設介護を希望し、入所待機状態の方は山梨県内で4,226人いると指摘されている。^(注31) 特別養護老人ホームへの入所待ち期間は2年ぐらいを要しているので、介護施設の不足は指摘通りである。しかし、特別養護老人ホームを、待機者がすべて解消するだけ造ろうとすると、50床の施設を80ヶ所以上造らなければならない。介護施設を一つ建設するのに、10億～15億円の費用を要する。

財政的には困難である。また造った後の維持にも相当の金額が必要となる。それを介護保険で運用するとなると、現行のままでは相当の介護保険料にならざるを得ない。現行の制度では不可能である。

改正介護保険法では規模の大きい介護施設の整備は想定しなくなった。30床未満の小規模施設や地域密着型施設と称し、通所や訪問、宿泊などの多機能を持たせた施設を整備目標にしている。厚労省の意図は別にして、施設整備のあり方としては賛同できる方向である。と同時に既存の施設入所は要介護度の高い方に限定していく流れには慎重にならざるを得ない。施設利用の制限は制度による縛りを設けるのではなく、利用希望者の生活実態に特化していく必要がある。在宅介護の充実が前提にあることは当然である。

４．循環型介護保障の具体像（政策提起）

（１）地域内投資と雇用の確保（ヘルパーの養成）

すでに述べたように介護給付費の循環を地域内で完結する方途の探求が必要である。そのためには在宅介護保障の要になるヘルパーを地域内で雇用するシステムが重要である。

ヘルパーを何人必要とするか、現状は50人～60人前後であることを明

らかにした。しかしそれでは在宅介護を保障することにはならない。そのため在宅介護を保障する基準を、現状の施設介護の基準で検討することが求められる。介護施設は、概ね要介護者3に対して介護・看護1としている。3：1という割合である。在宅介護も同じ基準にて検討する。

市川三郷町の在宅介護者数の推移は以下である。

表8 「市川三郷町介護保険事業計画」より抜粋 単位：人

	H12年	H13年	H14年	H15年	H16年	H17年	H17／H12 伸び率%
要支援	35	32	29	25	15	14	0.40
介護1	73	95	109	118	141	136	1.86
介護2	62	90	97	94	108	110	1.77
介護3	40	59	58	69	76	99	2.48
介護4	22	20	32	42	54	54	2.45
介護5	18	32	41	37	41	41	2.28
合 計	250	328	366	385	435	454	1.82平均

＜※平成17年10月1日現在＞

この平成17年度の数字を用いれば、454人の在宅サービス利用者に対して、全員がヘルパーを必要とした場合、ヘルパー数は151人ということになる。

平成16年度の訪問介護給付費が表1で確認したように、約1億400万円である。在宅サービス利用者数が17年度は16年度より20人ほど増えているので、約500万円の増加だと推測される。(計算根拠は1億400万円÷435人《16年度の利用人数》÷24万円《一人当たり給付年額》24万円×20人=480万円)となる。給付額の合計は1億900万円前後だと推定される。

150人のヘルパーを目指すには、現状のヘルパー数は50～60人前後であるから、あと100人のヘルパーを養成すればよいことになる。100人のヘルパーに支給する年収を1人200万円とすれば、新たに2億円以上の財源が必要になる。その財源をどこに求めるかという問題である。

表9 市川三郷町介護保険事業計画より抜粋介護施設入所者数 単位：人

	H12年	H13年	H14年	H15年	H16年	H17年	H17／H12 伸び率%
要支援	0	0	0	0	0	0	
介護1	21	16	16	20	18	8	0.38
介護2	40	39	32	30	19	23	0.58
介護3	36	35	44	38	43	37	1.03
介護4	41	42	39	54	58	57	1.39
介護5	47	62	86	86	100	71	1.51
合 計	185	194	217	228	238	196 (注32)	1.06平均

3：1介護の割合は介護施設を基準にした。つまり施設に準じた介護の提供を保障するための数である。施設利用者は上記表のように推移している。

平成16年度の介護施設給付費は、表6、表7で確認したように特別養護老人ホームと老人保健施設を合わせて846,477,170円だった。介護療養型医療施設の給付額は115,450,419円だった。3施設の利用者数は表9から238人である。3施設の平成16年度の介護給付費合計額は961,927,589円だった。17年度集計資料はまだないが、17年10月から介護施設入所者の食事代と部屋代が自己負担化されたことによって、すこし減収になっていると思われる。

いずれにしても一人当たり年間400万円前後の給付額となっている。施設側とすれば、50人から100人の要介護者を受け入れる建物を造り、それに必要な介護・看護スタッフ等の人材を集め、所要の介護を提供する仕組みである以上、当然必要なお金である。むしろ人材を増やし、よい介護を提供しようとすれば全く足りないぐらいである。しかしすでに述べたように、規模の大きい施設はこれ以上増やさず、むしろ地域の整備状況を見て統合、整理していく方向である。2005年10月から実施された食費・居住費の保険給付外しはその第1歩と見てよい。介護施設は実

質 4 %の減収である。^(注33)

要介護者 1 人につき年間400万円の介護給付費を使う仕組みを在宅に転換する方がヘルパーの拡充である。100人のヘルパーの財源に 2 億円を要するとすれば、50人の施設利用者を在宅で介護できる手立てを採ればよいことになる。3 : 1 介護に対応するヘルパー数を150人地域で生み出せば、介護施設利用者数を平成12年当時の数 (表9 参照) に戻せ、その財源を創ることができる。

ヘルパーの年齢層は40歳代、50歳代が多いことはすでに確認した。また若い年齢層も増えている。年収200万円平均で計算したが、税法上の関係で、家族の扶養の範囲内を希望するパートヘルパーは100万円前後の年収でよいことになる。それらの方々との組み合わせを検討していけば、ヘルパー数はさらに増やすことができる。正職員には300万円を保証することも必要である。したがって、3 億円余の訪問介護費用があれば、事業所の収入を 2 割とし、残りの 2 億5,000万円をヘルパー報酬として換算できる。

正職員比率を 3 割とし、その年収を 1 人300万円とする。150人の 3 割は45人である。45人×3,000,000円=135,000,000円となる。残りの 1 億1,500万円をパートヘルパー (105人) の人件費に充当できる。平均にすれば 1 人110万円ぐらいの年収となる。現状の市川三郷町内のヘルパー正職員は 8 人であるから、6 倍近く増やせることになる。これらの賃金は検討したように、他産業から比したら低い。しかし過疎・中山間地域において持続し、継続した雇用を安定的に確保する職種としては大きい比重を占めるに違いない。

またヘルパー事業所も地域内にて起業できるように支援することが重要である。基本的には NPO 法人の育成が望ましい。町内の主婦層を中心に NPO 法人をいくつか立ち上げ、その NPO 法人に訪問介護事業を運営してもらう形である。NPO 法人そのものにも6,000万円前後の年収が入ることになるので、そこの事務関係の仕事を行う雇用も必要であ

る。10人以上の雇用が可能だと考えるが、その雇用もすべて町内を基本とすることが重要である。

ヘルパーはすべて町内から採用し、資格を習得させ、研修してから仕事に就くシステムを、既存の事業所が当面指導的役割を果たしながら運営していくことが重要である。事業所間のネットワークを抜きに24時間、365日の訪問介護事業は成立しない。

（２）山間部の在宅介護保障

各地域には地区公民館や自治公民館が存在する。山間地にも必ずある。その公民館は地域の立地条件のよいところに概ね設置してある。地域別、地区別に存在するその公民館は、それぞれの行事には集合場所、会合場所として利用されているものの、毎日利用されているわけではない。むしろ利用されていない日のほうが多い。

この公民館をヘルパーの待機場所として活用する。山間部の公民館10ヵ所程度に2名のヘルパーを夜間常駐させる。昼間は定期的な訪問が可能であるから、問題は少ない。問題は夜間であるから、2名のヘルパーが常駐することで、要介護状態で1人暮らし世帯や老老介護世帯、介護疲労を来たしている家族への支援を夜中も支えることが可能である。具体的には支援が必要な世帯と公民館を通報システムで結び、コールがあったらすぐに訪問するシステムである。内容は排せつ介助、体位交換、吸痰、不穏行動等への対応である。見守り訪問も組み合わせることが必要である。

一つの公民館に2人のヘルパーが夜間常駐するとした場合、10ヶ所の公民館なので一晩に20人のヘルパーとなる。150人いるとすれば、6～7日間ごとの夜勤となる。（町中心部の訪問もあるため。後述）その回数は施設職員の夜勤回数とほぼ同じである。

ヘルパーが深夜訪問するためには要介護者の専用居室が必要であり、専用居室への出入り口も必要である。それらの整備は住宅改修費用（20

万円の限度額)、及び市町村特別給付事業(独自施策、介護保険財源の黒字部分《平成16年度約2,000万円》を充当することで可能)にて対策を取れる。仮に特別給付事業にて20万円とすれば、合計40万円の給付となる。(1割の自己負担あり。つまり4万円は負担しなければならない。)

支援が必要な世帯と公民館を結ぶ通報システムであるが、既存の緊急通報システムは本人宅と消防署を結んでおり、通報があれば救急車が駆けつけることになっている。隣近所の協力体制も組み込まれている。その委託費用は1件約5万円/年間となっている。本人負担はない。しかし、9割以上は誤報である。近くの公民館と要介護者宅を結ぶ通報システムの構築、またヘルパーへの携帯電話の貸与などによる金額は現在の委託費より軽減できる可能性がある。

山間部の公民館に2人のヘルパーが夜間常駐し、その地区の要介護者の対応を図れば、自宅にしながら施設介護とほぼ同じ援助を受けられる。地区公民館からその地区内の必要な要介護者宅に移動する時間は、通報を受けてから車なら5分以内に到着する。排せつ介助に間に合わなくても、その後始末を援助できる。排せつ失敗後の着替えやシーツ交換など、一人ではたいへんな行為をヘルパーの援助にてスムーズにできるので、老老介護世帯でも在宅介護を安心して継続できる。一人世帯の要介護者にとっては、夜間のトイレを見守ってもらうことも可能だし、また不安になった時に話し相手としても対応を依頼できる。家族で介護している家においても、夜間の対応はヘルパーと一緒にすることが可能なので、一人で何もかもしなければならないストレスから開放される。

さらにヘルパーが夜間常駐し、支援してくれるという体制は、介護を要しない地区在住の住民にとっても心強い。要介護状態になっても、家族にあまり迷惑をかけず「自宅に居つづけられる」という安心と希望を持てるからである。

問題または課題としては、利用料の1割負担の問題である。夜間対応は割増料金になる。1.5倍になる。その経済的負担が利用を制限するこ

とになると効果は半減してしまう。政策としてどこまできめ細かく対応できるか課題になる。財源としては市川大門町の保険料額であれば、低所得者の利用料1割負担軽減をできる可能性はある。

（３）町中心部の在宅介護保障—介護施設との連携

町の中心部また主要な地区には介護施設が存在している。介護施設とNPO事業所の連携にて、夜間訪問ヘルパーの常駐を図ることを検討できる。介護施設にNPO事業所に所属するヘルパーが夜間常駐し、施設職員と連携し、在宅要介護者への対応を図る構想である。施設ケアは24時間いつでも地域に開放することを了解していることが前提である。その前提があれば、NPOのヘルパーが施設に常駐し、要介護者宅から通報を受けて訪問し、山間部と同じような対応を図ることが可能である。ただし施設に夜間常駐するヘルパーは必ずしも2人いる必要はないかもしれない。電話対応など、施設職員も行うことが施設ケアを地域に開放する意味であるし、緊急に受け入れる場合は施設職員も訪問しなくてはならない。それらの行為が具体的に保障されるなど、施設運営の姿勢次第では、ヘルパー1人での対応もありうる。

介護施設の緊急時の受け入れは山間部のヘルパーからの要請でも即対応することが求められる。このように介護施設と在宅介護担当部門（ヘルパー）が本来的ネットワークを結ぶことによって、在宅介護を支える基盤ができる。課題は緊急時の判断である。介護疲れ等の判断はまさにヘルパーの判断で可能である。医療的判断を要したときに備え、主治医との連携および訪問看護との連携を確立しておかなければならない。

（４）要介護者専用居室の整備 住宅保障への取組み

在宅介護を支えるには専用居室または専用の空間が必要である。ヘルパーなどの介護スタッフが24時間訪問できるような出入り口や冷暖房器具、またその対策が十分取れる構造を持ち、家族とのコミュニケーション

ンも十分はかれる配慮のある居室が望ましい。そういう改修ができる給付額の検討が必要である。

市川大門町の老人福祉計画（平成12年3月）のアンケート結果では、持ち家比率は80.5%（2,867世帯／全世帯数3,563）であった。高齢者のいる世帯に限ってみれば93.2%（1,715世帯／1,840世帯）である。そしてそのほとんどが専用居室を持っている。アンケートでは、トイレと浴室、玄関周りの改修を希望する世帯が多い。

※市川大門町老人保健福祉・介護保険事業計画（平成12年3月）

その改修事業を積極的に位置づけることによって、地元の建築関係者とも連携し、介護住宅・またその増改築を仕事として成り立たせること

表10 住宅アンケート結果（人）

	一般老人	虚弱老人	寝たきり老人	合 計
困ることがない	581	67	36	684
困ることがある	124	47	30	201
玄関段差	36	12	9	57
廊下・居室段差	17	7	8	32
室内の階段	18	8	1	27
浴室・浴槽	24	17	16	57
トイレ・廊下手すり	35	13	10	58
トイレ和式	48	6	2	56
台所	21	6	1	28
車イス不可	16	1	6	23
その他	11	17	8	36

表11 住宅改修の意向（※出典 表10に同じ）（人）

	一般老人	虚弱老人	寝たきり老人	合 計
改修意向なし	623	86	52	761
改修意向あり	82	28	14	124
合計	705	114	66	885

表12 住宅の改修意向内容（※出典 表10に同じ）（人）

	一般老人	虚弱老人	寝たきり老人	合 計
玄関・廊下手すり	21	3	5	29
トイレ浴室手すり	45	9	4	58
玄関周りの段差	14	2	4	20
廊下・居室の段差	13	5	3	21
台所使いやすく	14	4	0	18
車椅子利用	11	2	5	18
その他	10	13	6	29

も可能である。

平成16年度の住宅改修費用は46件で600万円余である。すでに述べたように介護施設入所者への一人当たりの平均給付額は年間約400万円である。平成16年度の住宅改修費給付額は、介護施設入所者1.5人分に過ぎない。仮に住宅改修によって10人が施設から在宅に戻れたら、年間で4,000万円の給付費を在宅サービスに充当できる。

町独自の介護サービス（特別給付）として、住宅改修費用を既存の改修費に上乗せして給付する仕組みを創れば、介護住宅関連の仕事を開拓することが可能になる。その財源は10人の介護施設入所者が自宅に戻れば生み出せる。

このように、介護保険の在宅介護サービスを統一的に捉え、新たな枠組み（関連産業も巻き込み）をつくり、組み合わせたうえで、連携しながら、地域の中で一体的に運用することを政策化していくならば、在宅での介護を持続したものにすることは可能だと考える。

5. まとめ

平成18年度の市川三郷町介護保険特別会計決算書を見ると、歳入総額1,664,681,000円（うち1号被保険者=65歳以上の高齢者の保険料収入は

290,746,420円), 歳出総額は1,579,530,000円である。差し引き80,782,000円の黒字計上だった。歳出の中に「介護給付費準備基金積立金」の項目があり, その費用として当初予算1,185,000円に対して, 36,815,000円を計上している。また国庫支出金等償還金(借金返済)は予算1,000円に対して73,899,000円を計上している。その子細は不明だが, 3町合併前の17年度各決算書での同項目は3町合わせても5,500,000円である。

歳入項目のうち平成17年度から18年度への繰越金は94,666,000円であるから, 18年度の繰越金もまた80,782,000円ということになる。しかし「介護給付費準備基金積立金」に36,815,000円も計上する必要性はない。また子細不明の国庫償還金も見直しは可能だと思える。合併前の3町の償還額で計算するならば, 68,000,000円は繰越金に計上できる。合算するならば, 18年度は184,000,000円以上の繰越金として計上できる。つまり黒字である。国庫償還金を計上しなくても, 18年度の繰越金80,782,000円と基金の積立金36,815,000円を合わせた額は117,597,000円の黒字である。

平成18年度の介護サービス利用者数は月平均690人(在宅470人, 施設220人)である。介護給付費は在宅サービス分が約540,000,000円, 施設介護サービス分が約605,000,000円である。地域密着型介護サービスや介護予防, 地域支援事業などがこれらに加わる。介護給費を月平均にすると110,000,000円ぐらいである。毎月690人前後の要介護者へ1億1千万円の給付を行っていることになる。18年度の黒字は1ヶ月分の給付費以上の黒字幅である。

この数字の意味するところは①介護保険料設定の妥当性と②介護サービス量と給付費の妥当性(=住民ニーズへの応答性)と③地域の雇用と経済への影響等の再吟味を要求していると捉えることができる。

循環型介護保障の思想はこの費用とマンパワーをすべて地域内で循環させることにある。本論で述べてきたように, 各サービスの構築とネットワークを住民主体で行いながら, その財政的裏づけを数字で示す作業

を自治体独自で行う必要がある。国の参酌基準だけでそのサービス量や保険料を設定するやり方では、人権保障としての介護保障になり得ているのか、またその財源は地域づくりに貢献しているのか、その検証は不可能である。

「地域内で完結する介護保障」の構築は、自治体と住民の協働作業があれば達成可能であるし、その財政的裏づけも可能であることを市川三郷町の平成18年度決算は指し示している。

【注】

- (注1) 『循環型社会形成推進基本法』(平成12年6月2日法律第百十号)。
- (注2) 経済企画庁総合計画局『循環型経済社会推進研究会報告書』(平成12年12月22日)。
- (注3) 鈴木嘉彦『持続可能社会のつくり方』190P(日科技連出版社2006年3月)。鈴木嘉彦氏は、この著書の中で「持続可能社会」と言う言葉のほうが循環型社会をより正確に反映できると意識されている。
- (注4) 片谷教孝・鈴木嘉彦『循環型社会入門』73P(オーム社出版局平成16年5月)。
- (注5) 注4の148P。
- (注6) 注3の40P～44P。
- (注7) 「平成12年度国勢調査」人口集中地区(DID)人口から集計。
- (注8) 山梨県の医療圏域の福祉施設の所在地一覧。
- (注9) 伊藤周平・京都府保険協会『高齢者医療と介護の将来像を提言する』(あけび書房, 2001年9月), 76Pにて伊藤周平氏も「ヒトとサービスと費用が循環する社会構造を」という小論を展開している。
- (注10) 岡田知弘『地域づくりの経済学入門』第7章(自治体研究社2005年)。
- (注11) 注10の147P。
- (注12) 注10の148P。
- (注13) 平成16年度『介護保険事業状況』山梨県福祉保健部長寿社会課, 平成18年3月。
- (注14) 山梨県『健康長寿やまなしプラン』平成18年度～平成20年度, 山梨県福祉保健部長寿社会課, 平成18年3月。
※資料の注釈にもあるが、これは平成16年度の「介護サービス施設・事業所調査」による常勤換算数である。したがって、勤務時間に換算しその人数を割り出しているため、パート労働者などは実人数として反映されない。実人数はここで掲げた数字よりも多いと推測される。
- (注15) 朝日健二・矢部弘明『介護保険見直しの要点と対応の仕方』27P, 桐

書房2005年 5月。

- (注16) 太田貞司・宮崎和加子・榎本憲一・杉浦雅彦・佐久間文雄・柴野徹夫『24時間在宅ケアへの挑戦』萌文社1995年 9月。
- (注17) 注15と同じ。143 P「訪問介護利用者が全国平均以上の15都道府県の老人入院診療費との関係では負の相関関係 ($R = -0.35$) がみられ、高齢者1000人あたりの費用効果でいえば、訪問介護利用者を1人増やすごとに入院診療費が340万円減少する」ことを説明している。
- (注18) 内閣府『高齢者介護に関する世論調査』平成15年。
- (注19) いまから30年ぐらい前の1970年代から80年代は介護が社会問題化していた時代であり、「介護地獄」などの言葉が新聞紙上にをにぎわしていた時代であった。いまの前期高齢者の親の代がその苦勞していたところである。
- (注20) 注18に同じ。(一部加工。)
- (注21) 注18に同じ。
- (注22) 市川三郷町『介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画』平成18年 3月。
- (注23) 厚生労働省『人口動態統計特殊報告』官房統計情報部 平成18年 3月。
- (注24) 石田一紀「農山村における高齢者ケアシステムと小地域福祉活動」『総合社会福祉研究』総合社会福祉研究所 1995年12月。
- (注25) 山梨大学大学院医学工学総合研究部保健学Ⅱ講座「山梨県健康寿命実態調査分析研究会 調査報告(総括)」『健康寿命実態調査報告書』山梨県 平成16年 3月。
- (注26) 山梨県『高齢者福祉基礎調査』平成16年度・17年度・18年度。
- (注27) 八木伸一「健康寿命と脳卒中の関係」『健康寿命実態調査報告書』山梨県 平成16年 3月。
- (注28) 一番ヶ瀬康子『在宅介護入門』労働旬報社1996年10月 ※500メートルの根拠をスウェーデンの計画であることを紹介している。
- (注29) 山梨県『平成16年度介護保険事業状況』山梨県福祉保健部長寿社会課, 平成18年 3月。
- (注30) 上記に同じ。
- (注31) 平成16年12月定例県議会の質問にての指摘。
- (注32) 平成17年10月1日現在というのは3町の合併した日である。したがって17年度の施設入所数の確定値ではない。直近の数字としては平成18年1月の214人という数字になる。
- (注33) 全国保険医団体連合会『介護報酬改定のポイント』2006年 3月

(編集委員会注記：本稿は2007年 3月15日本大学院修士課程修了者の修士論文を大幅に縮小してリライトしたものである。)